

## 多職種による終末期までの療養生活に対する意思決定支援内容の検討

尾形由起子\* 小野順子\* 山下清香\* 櫛 直美\* 眞崎直子\*\*

### Discussing factors concerning decision-making support for end-of-life care by Specialist Teams

Yukiko OGATA Junko ONO Kiyoka YAMASHITA Naomi ICHIKI Naoko MASAKI

#### 要 旨

【目的】終末期まで在宅療養を希望する地域住民に対する意思決定に必要な支援内容の検討である。

【方法】意思決定に必要な支援内容の検討と支援内容について質問紙調査（量的調査）を行った。質問紙は、在宅医療に関わる専門職12名の協力を得て作成した。質問紙調査は、A県内訪問看護師3029名を対象に実施し因子構造と信頼性を検討した。

【結果】在宅療養選択の意思決定支援項目（14項目）の内容（全項目）を質問紙とし採用した。調査は1182名から回答を得た。分析により構成概念は2因子に分かれ、クロンバック $\alpha$ 信頼係数は0.76であり信頼性が確認できた。下位尺度の相関係数は0.58であり相関が認められた。外的基準とした「医療介護福祉の地域連携尺度」との相関係数は0.27であった。

【考察】入院機関と在宅医療の関係者による意思決定支援内容の確認と訪問看護師のみの因子構造の検討であった。今後は、当事者である地域住民と多職種が協働で検討を重ねる必要がある。

キーワード：多職種、終末期 在宅療養、意思決定支援

#### I. 緒 言

超高齢社会を背景に、在院日数が短縮化され、医療依存度の高い状態で在宅医療・介護サービスを利用する療養者が増大する中、わが国は「住み慣れた地域で最期まで暮らす」ための地域包括ケアシステムの構築を推進している<sup>1)</sup>。今後さらに、「団塊の世代」が75歳以上となる2025年に迎える経過において、在宅医療ニーズが一層高まり、医療完結型から地域完結型システムへの転換が求められている<sup>2)</sup>。

人々は治る見込みのない状況で、どこで最期を迎えたいかに対する問いに、元気なうちからの本人家族に対する意思決定支援となる「人生会議」の必要性について国は提案している<sup>3)</sup>。どこで人生の最期を迎えたいかの問いに対して、「自宅」と答える者が多いにもかかわらず、その実現ができていない者はまだ少ない<sup>4)</sup>。医療依存度の高い療養者とその家族が、療養者本人が望む場所で最期を迎えるためには、多く

の専門職それぞれが、患者や家族の意思を聴き取り決定するための支援が必要である。患者の意思決定支援については、アドバンスケアプランニング（以下ACPとする）として、その内容は広い意味があるとされ、「終末期の」在宅医療選択や患者が「がん患者」と限定したものではないと言われている<sup>5)</sup>。看取りを念頭において、患者の価値観・人生観を共有できるツールの必要性も述べられており、これは、幅広い対話によりその人の人生観や価値観に裏付けられた話題につなげ、人生設計のなかに医療をつなげる必要があると報告されている<sup>6)</sup>。

しかし、意思決定に関する先行研究では、住民は自宅などの住み慣れた場所を、人生最期を迎える場所として希望する反面、地域の医療・介護の体制や介護する家族への負担増大に対する不安から、意思と反した選択をする傾向が示されており、住民が人生の最期の療養方法について意思決定することの困

\*福岡県立大学看護学部  
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University  
\*\*聖マリア学園大学  
Faculty of Nursing, St. Mary's College

連絡先：〒825-8585 福岡県田川市伊田4395番地  
福岡県立大学 看護学部  
尾形由起子  
e-mail: ogata@fukuoka-pu.ac.jp

難さが窺える<sup>7,8,9</sup>。支援に関わった専門職にとっても身体的・精神的負担が大きく、患者の死後、不安全感<sup>10</sup>、困難感・ジレンマを感じている<sup>11</sup>。患者の多くは医療者との対話を望み、自分で人生をコントロールしていることの価値を見出し、「患者の意思を医療・終の棲家への選択に生かす」ことを目指していく必要があり、ACPの実現のためには多職種それぞれが支援する内容を明確にしていく必要があると考えるが、まだその報告はみあたらない。

そこで、本研究は、在宅医療に関連する多職種による療養者本人の望む最期を選択するための意思決定に必要な支援内容(以下、「地域住民に対する意思決定支援」とした)について検討した。本研究の意思決定支援について、「在宅療養に関する本人や家族の希望や思いを確認し、在宅療養に向けた自己決定できるように支援すること」と操作的定義する。

## II. 方法

「地域住民に対する意思決定支援」に必要な内容に関する質問項目を質的帰納的に検討し、その支援項目の構造を量的調査で探索した。

### 1. 地域住民に対する意思決定支援項目の作成

在宅で医療を受けながら、療養者の望む最期を選択するための支援を検討することを目的とし、終末期がん療養者の満足な在宅看取りを行えた配偶者8名の体験より、在宅看取り介護体験プロセスを検討した。その結果、3つのプロセス《》と8つのカテゴリ【】から構成された。《在宅看取りの選択と意思決定》の段階は、配偶者は【療養者の望む生き方を尊重できる夫婦関係の構築】と【在宅療養にいたる苦渋の決断】を相互に行っていた。次いで、《終末期がん療養者の在宅看取りのための主体的介護》の段階は、【訪問看護師による支援の獲得】と【かかりつけ医による支援の獲得】により、【配偶者として在宅看取りを引き受ける自発的行動】、【在宅看取りに向かう負担感限界範囲の拡大】をし、【余命期間内で療養者の望みを実現】する行動を起こしていた。そして、《看取りの後の成長》の段階は、【遺された者として新たな生き方への出発】となっていた<sup>12</sup>。

次いで、介護体験プロセスをもとに、家族介護者の在宅看取り実現のための支援方法について検討した。研究協力者は2地域で6名ずつの保健・福祉・医療関連の多職種(在宅医、訪問看護師、病棟看護師、介護支援専門員、ソーシャルワーカー、保健師)

とした。方法は、フォーカスグループ・インタビュー(以下、FGIとする)を行い、質的に分析した。抽出された支援内容は、「在宅看取りを選択肢としてもちたいかどうか夫婦間で確認すること(を支援する)」「在宅看取りを選択肢として考え退院のタイミングをつかむこと(を教える)」「在宅医となってもらう(ようにする)」「在宅看取りを選択する際に訪問看護の存在が重要であることを知っておく(ようにする)」「在宅看取りを行う上で必要な介護に必要な情報をもつ(ことができるようにする)」「自分の介護のサポートとなる社会資源が活用できる(ようにする)」「家族しかできないことがあること(に気づかせる)」の7つのカテゴリから構成された<sup>13</sup>。

さらに、今回、質問紙「地域住民に対する意思決定に必要な支援内容」項目を作成するために、在宅医療に関わる多職種(在宅医、訪問看護師、病棟看護師、介護支援専門員、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、薬剤師、理学療法士、地域包括支援センター保健師)(以下、多職種とする)を研究協力者としFGIを用い、先行研究で抽出された14項目<sup>13</sup>の確認を行った。2016年3月、80分程度、大学の会議室で実施した。

### 2. 「地域住民に対する意思決定支援」の因子構造の検討

A県の全ての訪問看護ステーション448カ所に所属する訪問看護師3029名を研究協力者として、質問紙調査を実施した。調査項目は、対象者の属性(性、年齢、家族構成、職位)、「医療介護福祉の地域連携尺度<sup>14</sup>」、地域住民に対する意思決定支援項目(14項目)等を調査した。阿部らの「医療介護福祉の地域連携尺度<sup>14</sup>」を用いた理由として、本尺度は、患者や利用者に関わる医療介護福祉職間の連携を評価する尺度であり、項目が地域の多職種連携における具体的内容であり、医療・介護・福祉の連携をもとに終末期まで在宅療養を希望する地域住民に対する意思決定支援の検討が必要であると考え本尺度を採用した。調査期間は、2017年2月16日～3月10日である。

分析は、対象者の属性(性、年齢、家族構成、取得資格、職位、雇用形態)、「地域住民に対する意思決定支援項目」14項目は記述統計し、因子分析により因子構造を確認した。固有値1以上の因子を抽出した。削除基準として共通性が低い項目、因子負荷量0.4未満の項目、2因子以上の因子に因子負荷量0.4以上を示した項目を設定し14項目すべてを採用

した。構成概念妥当性の検討は因子分析（最尤法 プロマックス回転）を実施し、各項目間の相関係数を算出した。基準関連妥当性の検討には「医療介護福祉の地域連携尺度（阿部ら）<sup>14)</sup>」を用いて相関関係を確認した。統計処理にはSPSS21.0Jを用い、有意水準は0.05とした。倫理的配慮として、研究者の所属機関の研究倫理部会にて、FGI（承認番号：H26-29）、調査承認（承認番号：H28-36）を受けた。調査依頼は、A県内の訪問看護ステーション管理者あてに、調査票および回収ボックスを設置し、ステーション毎にまとめて返信を依頼した。回答は自由意思であり、量的調査では、調査票の返信でもって回答を承諾したとした。同意内容とし、調査への協力は自由意思であること、データはID化し、個人・施設が特定できないようにすること、特に、FGIにおいては、研究協力依頼時に、協力の有無に関わらず不利益が生じないこと、一度同意したあとでも撤回できることを紙面及び口頭にて説明し、同意の得られたものを分析の対象とした。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 多職種による「地域住民に対する意思決定支援内容」の検討

「地域住民に対する意思決定に必要な支援内容」について質問紙項目として14項目（表2）を確認した。先行研究<sup>13)</sup>をもとに支援内容を検討し、調査項目をして以下のように作成した。

まず「本人が家に帰りたいと主張することが必要であると伝える」、「本人及び家族がどう生きたいか聴き、在宅での介護を選択出来るようにする」ことから問う。そして、入退院を繰り返すなか、「在宅看取りの選択もありではと考えるべくタイミングをつかめるようにする」、「本人の思いを伝える先と伝える方法を考えよう伝える」、「かかりつけ医となってくれるよう日頃の診療時に話しておくよう伝える」、また、情報提供として「訪問看護の必要性を知っておいてもらう」、「訪問看護師は、医療的ケアが必要になった場合の家族介護者の伴走者となる事を知っておいてもらう」、「病院と診療所との付き合いの仕方を知っておいてもらう」内容とした。在宅での療養生活開始後には、「コミュニティの伝達力を活用できるようにしておく事を伝える」、「在宅医療情報をもらうことができることを伝える」、「介護保険等サービス導入を考えておけるよう伝える」情報に

関する項目を必要とした。最後に、介護が継続する中、「介護者となった場合の介護サポートのあてをつけるよう伝える」、「日々続く介護により介護が上達できるようにする」「家族しかできない介護があることに気付けるようにする」の項目を入れることを確認した。この14項目のうち、療養場所として在宅を選択するために、まず「本人が帰りたいと主張すること」により在宅療養への移行の検討が開始され、そして、在宅療養支援の要であるかかりつけ医と訪問看護師のケアの必要性についての情報提供の必要性が確認された。さらに、退院時には、病院と診療所の両方が活用できること、介護負担軽減のためには、コミュニティの力を借りることの必要性、在宅での介護の日々が続くことによる負担だけでなく介護力が向上することの理解のための支援も重要であることを確認した。質問紙項目として、地域住民に対する意思決定に必要な支援内容14項目を確認し採用とした。

#### 2. 「地域住民に対する意思決定支援」の因子構造

対象とした訪問看護師3029名のうち、1182名（回収率38.0%）の回答を得た。性別は、男性64名（5.4%）、女性1075名（90.9%）であり、年代は40代（40.9%）、50代（27.2%）、60代（7.1%）の順であった。職位は、スタッフ77.7%と最も多く、管理職15.9%であり、取得資格は、正看護師が最も多く、准看護師、保健師の順（複数回答）であった。勤務体制は、常勤62.9%、非常勤32.6%であった（表1）。

まず、「地域住民に対する意思決定支援」の14項目についてデータの分布を確認するためにShapiro-Wilk検定にて正規性の検定を行った。その結果削除した項目はなく14項目を分析対象とした。さらに、地域住民に対する意思決定支援項目の構成概念妥当性を検討するために、探索的因子分析を行った。理論的な因子構造により近い、最尤法 プロマックス回転を採用した。カイザーガットマン基準により固有値1.0以上の因子を採用し、各項目の因子負荷量0.4未満を削除基準として、スクリュー法や解釈可能性を検討した上で2因子を抽出した。各項目の因子負荷量は0.450~0.840の範囲であり、他の因子にかかる負荷量は0.25未満で2つの因子間相関は有意な正の相関( $r=0.582, p<0.05$ )を示した。信頼性 $\alpha$ 係数は0.76であった（表2）。

表1 対象者の属性 (n=1182)

項目	内訳	人数	(割合)
性別 (n=1140)	男性	64	( 5.4)
	女性	1075	(90.9)
年代 (n=889)	40代	484	(40.9)
	50代	321	(27.2)
	60代	84	( 7.1)
職位 (n=1106)	スタッフ	918	(77.7)
	管理職	188	(15.9)
取得資格 (複数回答)	正看護師	1039	
	准看護師	237	
	保健師	33	
雇用形態 (n=1129)	常勤	744	(62.9)
	非常勤	385	(32.6)

因子構造 2 因子を地域住民に対する意思決定支援項目」の因子の命名は、第一因子は在宅療養および在宅看取りを選択するためには、入院時からの【在宅療養選択にむけての準備のための支援】と命名し、「本人が家に帰りたいと主張することが必要であると伝える」、「本人及び家族がどう生きたいか聴き、在宅での介護を選択出来るようにする」、「在宅看取りの選択もありではと考えておくタイミングをつかめるようにする」、「本人の思いを伝える先と伝える方法を考えおくよう伝える」、「訪問看護の必要性を知っておいてもらう」、「訪問看護師は、医療的ケアが必要になった場合の家族介護者の伴走者となる事を知っておいてもらう」の6項目より構成されていた。そして、第二因子は【在宅での医療介護の両方を活用するための支援】と命名し、「かかりつけ医となってくれるよう日頃の診療時に話しておくよう伝える」、「病院と診療所との付き合いの仕方を知って

表2 在宅看取りにむけての家族介護者に対する意思決定支援の因子構造

	因子負荷量	
	I	II
第1因子 < 在宅療養選択にむけての準備のための支援 >		
① 本人が家に帰りたいと主張することが必要であると伝える	-.019	.450
② 本人及び家族がどう生きたいか聴き、在宅での介護を選択出来るようにする	-.120	.676
③ 在宅看取りの選択もありではと考えておくタイミングをつかめるようにする	-.084	.805
④ 本人の思いを伝える先と伝える方法を考えおくよう伝える	.113	.620
⑤ 訪問看護の必要性を知っておいてもらう	.183	.479
⑥ 訪問看護師は、医療的ケアが必要になった場合の家族介護者の伴走者となる事を知っておいてもらう	.235	.465
第2因子 < 在宅での医療と介護の両方を活用するための支援 >		
⑦ かかりつけ医となってくれるよう日頃の診療時に話しておくよう伝える	.660	.029
⑧ 病院と診療所との付き合いの仕方を知っておいてもらう	.822	-.093
⑨ コミュニティの伝達力を活用できるようにしておく事を伝える	.840	-.075
⑩ 在宅医療情報をもらうことができることを伝える	.672	.048
⑪ 介護保険等サービス導入を考えておけるよう伝える	.453	.194
⑫ 介護者となった場合の介護サポートのあてをつけるよう伝える	.679	-.005
⑬ 日々続く介護により介護が上達できるようにする	.619	-.033
⑭ 家族しかできない介護があることに気付けるようにする	.433	.112
寄与率 (%)	39.045	39.045
累積寄与率 (%)	11.62	50.665
因子相関行列	I	II
		0.582

クロンバック α 係数0.76

因子抽出法: 最尤法 プロマックス回転

表3 終末期がん療養者の家族に対して必要な啓発内容と医療介護福祉の地域連携尺度の相関

終末期がん療養者の家族に必要な啓発内容	全体	第1因子	第2因子
医療介護福祉の地域連携尺度	0.271**	0.236**	0.253**

Spearman順位相関係数 \*\* p < .01

おいてもらう」、「コミュニティの伝達力を活用できるようにしておく事を伝える」、「在宅医療情報をもたらすことができることを伝える」、「介護保険等サービス導入を考えておけるよう伝える」、「介護者となった場合の介護サポートのあてをつけるよう伝える」、「日々続く介護により介護が上達できるようにする」「家族しかできない介護があることに気付けるようにする」の8項目より構成された。

基準関連妥当性は、既存の尺度として、阿部らの「医療介護福祉の地域連携尺度」との関連を検討した結果、低い相関( $r=0.271, p<.01$ )が認められた(表3)。

#### IV. 考 察

本研究では、在宅医療に関連する多職種による療養者本人の望む最期を選択するための意思決定に必要な支援内容について検討した。

まず、療養者本人の望む最期を選択するための意思決定を支援する内容を質的研究で検討しその項目を質問紙として作成した後、その支援項目の構造について検討した。

その結果、終末期までの在宅療養及び在宅看取りを選択するためには、入院から退院にむけての支援に関する項目と退院時から在宅療養生活における支援内容に関する項目2つの因子に分かれた。入院時からの「在宅療養選択にむけての準備のための支援」と退院後「在宅での医療と介護の両方を活用するための支援」と命名した2つの支援について考察する。

##### 1. 在宅療養選択にむけての準備のための支援

終末期がん患者の場合、医師から余命予後の告知を受け、その後、積極的治療の中断に対する受容と同時に、患者・家族は療養場所の変更という重要な事柄についての選択を迫られることになる<sup>15)</sup>。在宅療養の場の意思決定を行うことは、人生をどのように締めくくるか、終末期までどのように生きるかの問題であり<sup>16)</sup>、終末期がん患者に対しその意思決定をどのように支援するかは看護職にとって大変重要である。

本研究では、まず在宅療養を選択するためには、【本人及び家族がどう生きたいか聴き、在宅での介護を選択出来るようにする】こと、【本人が家に帰りたいと主張することが必要であると伝える】ことができるようにする支援が必要である。それは、本人

や家族が在宅移行への可能性を認識するための支援であるといえる。そこには、本人の思い『自分の家を守り、そこにいたい・自分の家に帰りたい』を引き出し、家族にとっては、在宅移行することは、家族としての責任を果たすことや後悔しないため<sup>17)</sup>とする家族の人生観・死生観を実現することにつながると認識するための支援である。

家族のなかには患者の状態を見て死が近いことを理解したことによって、期限ある終末期だからこそ在宅移行に挑戦し、在宅看取りを見据え、その覚悟をもって在宅で介護しようとする決心がある<sup>18) 19) 20)</sup>。「本人が家に帰りたい」と主張できる場を作り、家族がそのことを受け止める機会を作れば、家族には患者の希望を叶えてあげたいという思い<sup>21)</sup>があり、患者本人がどう生き抜くかを支援することが家族に対する支援にもつながると考える。

【在宅看取りの選択もありではと考えておくタイミングをつかめるようにする】ことや【本人の思いを伝える先と伝える方法を考えおくよう伝える】ことは、本人や家族が在宅療養を選択し具体的な行動が起こせるようにするための支援といえる。患者による家に帰ることを選択したいとする希望を把握し、今だったら帰れると捉えている看護職から、在宅移行にすすむための支援<sup>22) 23)</sup>が必要であり、その支援をえることで、本人、家族は在宅移行へのタイミングをとらえ、医師等にその思いを伝えることができると考える。

医師の治療方針について意見の相違<sup>23)</sup>や患者と家族の思いの不一致<sup>24)</sup>などは在宅療養への阻害要因となるため、家族は、医師との人間関係を大切にする気持ちや転院し医療の質の低下を危惧する気持ちを抱いており<sup>20)</sup>、在宅移行に対しうまく言い出せないままになっていることが予測される。それらを在宅移行に関する意思決定を阻害する要因として認識している病棟看護師<sup>26)</sup>は家族へ在宅移行に対するギアチェンジの受容や緩和ケアに対する正しい知識と認識を説明しながら、患者本人が望む在宅療養を実現するために多職種と連携し、医療機関内で在宅移行チームを作ることが望ましい。その際、訪問看護師は、在宅療養の真実を知り揺れる家族の姿を捉えており<sup>25)</sup>、在宅移行時の訪問看護師の介入ができれば、在宅療養へシームレスにつながると考える。

患者が残された大切な時間をどう生きるのか、そのためにどのような療養の場が望ましいかを問いか

けながら患者・家族が納得して意思決定するためには看護職らの支援は重要である<sup>21)</sup>。よって、【訪問看護の必要性を知っておいてもらう】ことや【訪問看護師は、医療的ケアが必要になった場合の家族介護者の伴走者となる事を知っておいてもらう】は、在宅療養選択にむけての必要な準備のための情報提供である。在宅移行を躊躇する患者の心情<sup>14)</sup>をとらえながら、医療機関の看護職から訪問看護師へうまくバトンを渡す意思決定のための継続看護が必要であると考えられる。

## 2. 在宅での医療と介護の両方を活用するための支援

多職種による本人が望む最期を選択するための意思決定を支援するためには、在宅移行し在宅での看取りに入る際の看取る家族の日常生活での体験を踏まえて支援することが重要である。

健常時に風邪などで診療を受けている医師に対し【かかりつけ医となってくれるよう日頃の診療時に話しておくよう伝える】ことは、往診医に担うことの承諾が得やすく、また近医であれば距離が近いことで在宅療養移行・継続の促進要因になる<sup>24)</sup>と考える。さらに、かかりつけ医が在宅医となれば、在宅療養開始後も在宅医と医療機関への連絡がスムーズとなり、【病院と診療所との付き合いの仕方を知っておいてもらう】ことにより、家族介護者の介護負担感が増大した場合レスパイト入院が必要な際の支援がえやすくなると思われる。

また、【介護保険等サービス導入を考えておけるよう伝える】ことで介護保険制度による介護支援専門員の在宅療養のマネジメントが開始し、さらに【在宅医療情報をもらうことができることを伝える】ことで、介護保険のみならず医療保険や居住する自治体独自の支援情報がえられれば、在宅での療養が開始した後の生活のイメージがつきやすくなる。居宅介護サービスを利用し、環境を整えることで、家族看護者自身が介護と仕事のバランスを整えたりすることができ<sup>18)</sup>、介護に対する見通しを持てると思われる。

住み慣れた地域で最期まで暮らし続けるためには、【コミュニティの伝達力を活用できるようにしておく事を伝える】ことは、患者及び家族にとって、在宅療養継続の励みとなると考える。近隣住民による患者を在宅で看取る覚悟を支えとなっているとの報

告<sup>19)</sup>があるように、身近な地域の人々からの過去の介護体験や看取り経験<sup>21)</sup>などの話は、終末期までの在宅介護・看取りする上での支えとなっていくと考えられる。

また、介護が長期化することにより家族介護者は介護困難感を感じるようになる<sup>18)</sup>が、【介護者となった場合の介護サポートのあてをつけるよう伝える】ことにより、家族は具体的な支援を得る手立てを得、介護継続の力となる。この介護継続により【日々続く介護により介護が上達できるようにする】ことや家族ならではの介護ができていると意味付けとして【家族しかできない介護があることに気付けるようにする】ことで、家族介護のペースをつかみ、在宅で看ることを模索することにつながると考える。このような支援は家族介護者の介護肯定感をあげ、介護力をあげるためにも重要である。

統計的処理としておこなった因子間相関が正の相関 ( $r=0.582, p<0.05$ ) となったことについては、2つの因子には適度な共通性と各因子固有の意味があることが示され、クロンバック  $\alpha$  係数0.76は、14項目に関する信頼性について確認ができた。また、基準関連妥当性として阿部らの「医療介護福祉の地域連携尺度<sup>14)</sup>」との相関係数は $r=0.27$ で弱い相関が認められた。この結果は、阿部ら<sup>14)</sup>の尺度は森田らの「緩和ケアに関する地域連携尺度」をベースにしており、今回の研究は、入院治療から在宅にむけての療養、さらに在宅療養での支援と長いプロセスに対する支援に関する内容であり支援の時期や期間が異なる点、また、看護職が家族に対して行う支援に限定している点で異なっており、相関が高くなかった事が考えられる。しかしながら、終末期の在宅療養に向けた医療職種の支援技術に関する尺度は少なく、既存の尺度との一定の関連性が確認できたことから本研究で明らかになった「地域住民に対する意思決定支援」を図る項目としての妥当性を確認できたと考えられる。

これまで、在宅療養支援する多職種と共に、入院医療機関と在宅医療・在宅介護の関係者がどのように意思決定支援を行うか、その内容について議論してきたが、今回のFGIでは、がん患者の終末期をイメージした支援内容が中心となった。今後は、さまざまな疾病による支援とその相違点についても議論を進める必要がある。「地域住民に対する意思決定支援項目」は多職種で支援する項目であり、さらに医療

機関と在宅医療関係者間の連携の在り方も含めて議論を重ねる必要があると考えた。

本研究を遂行するなか、国より「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が発表され、ますます、当事者の意思決定を促すための方法について関わる全ての者がその支援にあたる事が示されている。

今後、このような社会の状況をふまえ、当事者や家族の意思決定支援に関する検討を重ねることで、看護教育内容にも寄与できると考える。

### 利益相反等

本研究において開示すべき利益相反はございません。

### 引用文献

- 1) 厚生労働省：在宅医療の最近の動向。  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24\\_0711\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf) (2020年8月24日：最終アクセス)
- 2) 社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～(平成25年)。  
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
- 3) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書. 平成30年3月人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会。  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200748.pdf> (2020年8月24日：最終アクセス)厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 改定(平成30年3月)。
- 4) 厚生労働省. 平成29年(2017)人口動態統計(確定数)。  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/ka-kutei17/index.html> (2020年8月24日：最終アクセス)
- 5) 増島麻里子. 終末期の生き方を支えるアドバンス・ケア・プランニングに基づく看護実践の開発, 日本生理人類学会誌 2017;22(4), 203-208.
- 6) 有田健一. 「患者の意思を医療選択に生かすという文化」の創生に向けて 一対協で進むアドバンス・ケア・プランニング, 広島県医師会報 2014; 17-18.
- 7) 島田美喜. 地域での終末期の住民意識とソーシャルキャピタルとの関連要因の検討, 地域医学 2014; 28(3), 220-226.
- 8) 伊藤智子, 加藤真紀, 阿川啓子 他. 島根県江津市に暮らす中高年者の死生観と終末期療養ニーズに関する意識調査, 島根県立大学出雲キャンパス紀要 2013; 8: 65-70.
- 9) 浅見美千江, 浅見洋, 金川克子 他. 人口減少地域における在宅終末期療養に関する住民の意識 白山麓地域の場合, 石川看護雑誌 2007; 4: 33-38.
- 10) 安成英文. すごいディスカンファレンス一会議手法の工夫一, 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2014; 37(3), 285-288.
- 11) 花崎陽子, 芦谷知子. 終末期ケアにおける訪問看護師の負担感と関連要因, ホスピスケアと在宅ケア 2018; 26(3), 329-334.
- 12) 尾形由起子, 岡田麻里, 榎直美, 野口忍, 山下清香, 松尾和枝, 眞崎直子, 三徳和子. 終末期がん療養者の満足な在宅看取りを行った配偶者の介護体験, 地域看護学会 2017; 20(2), 64-72.
- 13) 尾形由起子, 榎直美, 小野順子, 吉田恭子, 杉本みぎわ, 阿部久美子, 岡田麻里. 終末期がん療養者の配偶者による在宅看取り実現のためのセルフマネジメントに対する支援方法の検討一多職種フォーカス・グループインタビューの結果より一, 福岡県立大学看護学紀要 2017; 14巻, 41-47.
- 14) 阿部泰之, 森田達也. 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発, Palliative Care Research 2014; 9(1), 114-120.
- 15) 三條真紀子, 広瀬寛子, 柳澤博 他. 終末期がん患者の療養場所以降に関する家族の経験と医療者への家族支援ニーズ一終末期に一般病棟で療養したがん患者への遺族への質的調査を通して一, がん患者 2008; 13(5), 580-588.
- 16) 的場典子. 終末期における患者の意思決定, 緩和ケア 2000; 10(3), 63-70.
- 17) 早瀬仁美, 森下利子. 終末期がん患者の在宅移行を支援する看護師の認知, 高知女子大学看護

- 学会誌 2008 ; 33(1), 39-50.
- 18) 坂井桂子, 塚原千恵子, 岩城直子 他. 進行がん患者の療養の場所の選択の意思決定に影響を及ぼす患者・家族の要因, 石川看護雑誌 2001 ; 8, 41-50.
- 19) 大西奈保子. がん患者を在宅で看取った家族の覚悟を支えた要因, 日本看護科学学会誌 2015 ; 35, 225-234.
- 20) 蒔田寛子, 大西和子, 山村江美子 他. がんターミナル期の夫を在宅で介護し看取った女性配偶者の看取り経験の分析—医師と訪問看護師により継続的な支援を受けての看取り体験—, 家族看護研究 2009 ; 15(1), 51-57.
- 21) 大園康文, 福井小夜子, 川野英子. 終末期がん患者の在宅療養継続を促進・阻害する出来事が死亡場所に与えた影響—経時的なパターンの分類化—, Palliative Care Research 2014 ; 9(1), 121-128.
- 22) 関根光枝, 長戸和子, 野嶋佐由美. 在宅でがん患者の看取りに取り組む家族のコミットメント, 家族看護学研究 2010 ; 6(1), 2-10.
- 23) 高橋方子, 布施淳子. 在宅療養高齢者の終末期医療における意思把握に関する研究—訪問看護師の把握する必要なコア情報の特定—, 日本看護研究学会雑誌 2014 ; 37 (1), 49-60.
- 24) 谷口友理, 松浦和代. がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程に関する研究, 日本看護研究学会誌 2005 ; 28(4), 27-42.
- 25) 河瀬希代美, 稲村直子, 小貫恵理桂 他. 積極的治療終了後に在宅生活を中断したがん患者の家族が抱える困難, Palliative Care Research 2017 ; 12(2), 194-102.
- 26) 葛西好美. 末期がん患者の病院から在宅への移行における訪問看護師の認識と判断, 日本がん看護学会誌 2006 ; 20(2), 39-50.

受付 2020. 8. 31

採用 2020. 12. 10